

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОАДАПТИРУЮЩЕГОСЯ ХОРДАЛЬНОГО РАЗРЕЗА РОГОВИЦЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОТСРОЧЕННОЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ АФАКИИ

Ахременко Н.В, Морхат В.И

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Основным звеном в системе медико-социальной и профессиональной реабилитации пациентов с афакией является интраокулярная коррекция [1-5]. Однако при обширных повреждениях капсульного мешка внутрикапсулярная фиксация ИОЛ неприменима, как при первичной, так и при отсроченной имплантации ИОЛ в афакичные глаза [6-8]. В этой связи актуальной задачей является определение показаний для выбора оптимального способа интраокулярной коррекции осложненной афакии при патологических повреждениях переднего отрезка глаза.

Цель исследования. Целью работы являлся анализ результатов выполненной отсроченной интраокулярной коррекции 72 пациентам (72 глаза) с несостоятельностью связочно-капсулярного аппарата хрусталика (НСКАХ) путем имплан-

тации двух различных типов ИОЛ с ангулярной или трансклеральной фиксацией с применением различных хирургических доступов.

Материалы и методы. Из 72 пациентов (72 глаза) с афакией были сформированы три группы. Первую группу составили 26 пациентов (26 глаз), которым проводилась отсроченная интраокулярная коррекция афакии переднекамерной ИОЛ с применением роговичного амбразурного разреза (РАР). Вторая группа (контрольная) состояла из 32 пациентов (32 глаза), которым была выполнена имплантация переднекамерной ИОЛ через стандартный роговичный разрез, герметизированный швом по Пирсу. Третью группу составили 14 пациентов (14 глаз) с односторонней афакией, осложнённой НСКАХ и выраженной патологией переднего сегмента глаза, которым проводилась трансклеральная шовная фиксация заднекамерной ИОЛ в иридоцилиарную область через РАР с проведением трансклеральных фиксирующих швов по разработанной нами методике.

Наличие сопутствующих повреждений глазного яблока обусловило необходимость выполнения дополнительных хирургических манипуляций по ходу оперативного вмешательства. В первой группе синехиотомия проведена на 11 глазах, т. е. в 42,31% случаев. Во второй группе синехиотомия произведена на 12 глазах, что составило 37,5% всех случаев. В третьей группе синехиотомия выполнялась на всех 14 глазах. При дефектах зрачкового края радужки потребовалось проведение иридопластики на двух глазах (7,69%) в первой группе и на трех (9,38%) глазах во второй группе и 4 (28,57) глазах в третьей группе.

Результаты и обсуждение. Эффективность оперативного вмешательства оценивалась по частоте возникновения операционных осложнений, реакции глаза на хирургическую травму, величине послеоперационного индуцированного астигматизма, функциональным показателям.

Среди хирургических осложнений отмечены следующие: кровотечение из базальной колобомы – у 2 (7,69%) пациентов в первой группе, у 4 (12,50%) – в четвертой. В третьей группе у 1 (7,14%) пациента возникло незначительное кровотечение из сосудов цилиарного тела при проведении фиксирующих швов, которое было остановлено введением в заднюю камеру глаза раствора адреналина. Выпадение стекловидного тела в переднюю камеру случилось у 2 (7,69%) пациентов в первой, у 4 (12,50%) – во второй и 1 (7,14%) в третьей группе ($P < 0,05$).

Оценка развития клинических проявлений послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции в глазу проводилась на 1-е, 3-й и 7-е сутки с момента операции оценивались в баллах в соответствии с рекомендациями С.Н. Федорова, Э. В. Егоровой, (1993) [5].

Динамика послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции на 1-е, 3-й и 7-е сутки с момента операции во всех группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика интенсивности послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции глаза в трех группах после отсроченной имплантационной хирургии

Сутки после операции	Степень ЭВР		
	III группа, n=27	IV группа, n=32	V группа, n=14
1-е	8,92±0,12*	9,99±0,14	9,87±0,11**
3-е	9,44±0,15	10,51±0,17	10,41±0,12
7-е	7,01±0,1	8,62±0,12	8,25±0,09

Примечание – здесь и далее при сравнении с группой IV: * – $P < 0,05$; ** – $P > 0,05$

Данные, представленные в таблице свидетельствуют о том, что и в первые, и в последующие сутки после операции наблюдались достоверные различия в степени тяжести ПЭВР между первой группой с применением РАР и второй контрольной группой. Максимальный средний балл ПЭВР наблюдался у пациентов второй контрольной группы – $9,89 \pm 0,14$, что на 1,07 балла выше, чем в первой группе ($P < 0,05$), чему способствовало сокращение послеоперационного воспаления при проведении операций через РАР. Динамика остроты зрения при отсроченной имплантации ИОЛ представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика остроты зрения при отсроченной имплантации ИОЛ

Срок после операции	Средняя острота зрения со сферической коррекцией		
	III группа, n=27	IV группа, n=32	V группа, n=14
1 неделя	0,49*±0,08	0,31±0,1	0,35±0,11**
1 месяц	0,74±0,07	0,54±0,09	0,58±0,09
3 месяца	0,81±0,05	0,68±0,12	0,71±0,08

Примечание – здесь и далее при сравнении с группой IV: * – $P < 0,05$; ** – $P > 0,05$

Высокая острота зрения через 3 месяца после операции (0,5 и выше) достигнута в 21 (80,77%) случае в первой группе и в 20 (62,5%) – во второй. Дегенеративные изменения стекловидного тела, сетчатки и зрительного нерва явились причинами низкого зрения (менее 0,5) в 3 случаях в первой группе и 4 – в четвертой.

В отдаленные сроки наблюдения в первой группе не отмечено осложнений, что связано, по нашим данным, с использованием усовершенствованной техники оперативных вмешательств, применением РАР, использованием вискоэластиков.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору модели ИОЛ и способа интраокулярной коррекции афакии, в зависимости от сопутствующей патологии глаза, позволяет проводить хирургическую реабилитацию адекватно исходному состоянию афакичного глаза.

Переход от стандартного роговичного разреза к СА разрезам при отсроченной имплантации ИОЛ позволил обеспечить лучшую герметизацию операционного разреза во время операции и в послеоперационном периоде, оптимизировать выполнение хирургического вмешательства, исключить необходимость шовной фиксации и сократить время проведения операции.

Литература:

1. Бирич, Т.А. Опыт применения жестких интраокулярных линз производства компании «Алкон» для коррекции афакии при операциях экстракапсулярной экстракции катаракты / Т.А. Бирич, Т.Л. Харитончик, О.В. Бутеня // Хирургическое лечение и реабилитация больных с офтальмологической патологией: тез. докл. – Минск, 2005. – С. 65-67.
2. Морхат, В.И. Самоадаптирующиеся клапанные хордалные «амбразурные» разрезы в микрохирургии возрастной катаракты / В.И. Морхат // Офтальмологический журнал. – 1997. – № 3. – С. 191-196.
3. Позняк, Н.И. Тоннельная имплантация интраокулярных линз в афакичные глаза: инструкция на метод. Утв. М-вом здравоохранения РБ. 04.12.02 Рег. № 88-0602 / Н.И. Позняк, Н.А. Пашкин, Н.М. Ковшель – Мн., 2003. – 11 с.
4. Тахчиди, П. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт / Х.П. Тахчиди, Э.В. Егорова, А.И. Толчинекая. – М.: Изд-во «Новое в медицине», 2004. – 176 с.
5. Федоров, С.Н. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика / С.Н. Федоров, Э.В. Егорова – М.: Медицина, 1992. – 244 с.
6. Яхницкая, Л.К. Коррекция афакии путем имплантации сулькусных линз CZ70BD / Л.К. Яхницкая, В.Л. Красильникова, Л.В. Выдрук // Белорусский офтальмологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 16 – 18.
7. Bas, A. Monoscleral fixation for posterior chamber intraocular lenses in cases of posterior capsular rupture / A. Bas, J.L. Bulacio, R. Carizzo // Arh. Ophthalmol. 1992. – Vol. 99. – P. 1229-1233.
8. Lewis, J.S. Sulcus fixation without flaps // Ophthalmology – 1993. – Vol. 100, N 9. – P. 1346-1350.